UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951

N° 89

PUSTULOSE VARICELLIFORME AIGUË DE KAPOSI-JULIUSBERG

ET

DIPHTÉRIE CUTANÉE VARICELLIFORME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 juillet 1951

PAR

Gérard-Henri-Georges MATHIEU

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Paris (Seine), le 19 septembre 1926

JURY .....

MM. JOULIA, professeur..... *Président*

AUBERTIN, professeur..... *Juges.*

FONTAN, professeur..... *Juges.*

LE COULANT, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, rue du Peugue

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0111

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951

N° 89

PUSTULOSE VARICELLIFORME AIGUË DE KAPOSI-JULIUSBERG

ET

DIPHTÉRIE CUTANÉE VARICELLIFORME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 juillet 1951

PAR

Gérard-Henri-Georges MATHIEU

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Paris (Seine), le 19 septembre 1926

JURY .....
- MM. JOULIA, professeur..... *Président*
- AUBERTIN, professeur..... *Juges.*
- FONTAN, professeur..... *Juges.*
- LE COULANT, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, rue du Peugue

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen honoraire..... M. DUPÉRIÉ.
Doyen..... M. PORTMANN.
Assesseur..... M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ. CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN. MASSÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique des maladies infectieuses	N.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	MAYER.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	REBOUL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Matière médicale	GOLSE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : MESNARD (Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie) BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Sciences physico-chimiques	R. GOLSE.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Sciences naturelles	MASQUELIER.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Sciences appliquées	CAZAUX.

AGRÉGÉS

	MM.		M.M.
Médecine générale	SARIC. DUBARRY. J. TRAISSAC. BERGOUIGNAN. LENG-LÉVY.	Obstétrique	MAHON. CHASTRUSSE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chirurgie générale	POUYANNE. LAUMONIER. CHAVANNAZ.	Histologie	MAYER.
		Pédiâtrie et puériculture	VERGER.
		Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Urologie	LANGE.	Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	RIGAUD.	Embryogénèse	MAYER.
Médecine opératoire	DUFOUR.	Médecine légale	L'ÉPÉE.
Puériculture	VERGER. PÉRY.	Zoologie pharmaceutique	BAILANGER.
		Cryptogamie	LAUBIE.
Chimie biologique	NEUZIL.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER. VILLAR.	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Pharmacologie et pharmacodynamie	LEURET.	Législation appliquée et déontologie pharmaceutique	COUSTOU.
Vénéréologie	LE COULANT.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1875, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE.

A MA MERE.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A Monsieur le Médecin Général DEBENEDETTI,

Directeur du Service de Santé de la IVe Région Militaire,
Médecin des Hôpitaux Militaires,
Membre Correspondant National
de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,
Membre de la Société Française de Phtisiologie.

Humble témoignage de notre respect.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL DIRECTEUR
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE.

A NOS MAITRES DES FACULTES DE MEDECINE
DE LYON ET DE BORDEAUX.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE LYON ET DE BORDEAUX.

A Monsieur le Docteur SOURREIL.

Nous lui exprimons notre vive gratitude pour l'aide si efficace qu'il nous a apportée.

A NOS JUGES,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE COULANT,

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HÔPITAUX,
OFFICIER D'ACADÉMIE.

Qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé de ses précieux conseils. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde reconnaissance et notre admiration pour la bienveillante bonté avec laquelle il nous a constamment accueilli.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FONTAN,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS,
MÉDECIN DES HÔPITAUX,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. AUBERTIN,

PROFESSEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE,
MÉDECIN DES HÔPITAUX,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,
CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

INTRODUCTION

Le terme de « diphtérie cutanée » représente habituellement pour le praticien une ulcération torpide recouverte de fausses membranes, lésion magistralement décrite par Trousseau en 1828. Il est classique d'y rattacher les forces ulcéro-gangréneuses ou suppurées dont les localisations ombilicales et rétroauriculaires sont bien connues chez le nourrisson.

On connaît moins ces variétés éruptives de la diphtérie qui prennent le masque de l'eczéma, de l'impétigo ou d'affections bulleuses. Ce sont des formes que d'aucuns ont voulu appeler variétés bactériologiques, car la seule clinique est incapable d'en affirmer le diagnostic, le laboratoire seul permettant de rapporter au bacille diphtérique ces manifestations d'apparence banale.

Depuis quelques années, il a été possible d'étudier, dans le Service de Dermatologie de l'Hôpital des Enfants et dans les Services de Médecine infantile voisins, des éruptions cutanées d'allure impétigineuse, hémorragique et grave dont l'élément primitif s'est révélé être une pustule ombiliquée nettement varicelliforme.

Cette variété éruptive, qui s'accompagne de fièvre élevée, d'un état toxémique rapidement alarmant, a semblé très proche du syndrome décrit par Kaposi et Juliusberg sous le nom de *pustulose varicelliforme aiguë*.

On peut se demander si ce syndrome ne peut pas, hors les étiologies classiques et discutées, relever parfois d'une infection par le bacille de Klœbs-Lœffler.

Nous nous proposons, dans ce travail, en nous appuyant sur quelques publications antérieures et sur les observations que nous avons groupées dans le Service, de comparer ces deux affections,

d'en dégager les points communs, d'essayer, enfin, de montrer l'identité de la pustulose varicelliforme et de la variété varicelliforme de la diphtérie cutanée.

Nous adopterons le plan suivant :

I. — *La pustulose varicelliforme aiguë de Kaposi-Juliusberg* (étude clinique et étiologique).

II. — *La diphtérie cutanée varicelliforme* (étude clinique).

III. — *Les rapports de la pustulose et de la diphtérie varicelliforme; leurs points communs* (étude clinique, épidémicité, bactériologie).

IV. — *Conclusions.*

I.

PUSTULOSE VARICELLIFORME AIGUË DE KAPOSI-JULIUSBERG

La pustulose de Kaposi-Juliusberg porte des noms variés qui tous mettent en évidence le caractère varicelliforme ou varioliforme de l'éruption, l'allure aiguë des manifestations, l'apparition des manifestations sur un eczéma antérieur. On l'appelle en effet : pustulose aiguë varioliforme (Juliusberg); eczéma vacciniforme ou vaccinatum (Ellis, Tedder); éruption post-vaccinale, eczéma varioliforme, eczéma herpétiforme, pustulose vacciniforme aiguë (Hoffken, Hallez); pustulose varioliforme aiguë (Touraine), etc., etc...

Elle n'a rien de commun, comme certains l'ont cru, avec l'affection décrite par Hallopeau, étudiée par Petges et Rocaz (1921), à Bordeaux, sous le nom d' « ecthyma vacciniforme syphiloïde infantile de Hallopeau ». Cette dermatose est caractérisée par une éruption sur base érythémateuse de petites saillies papuleuses qui, d'abord surmontées d'une vésicule ou d'une pustule, prennent rapidement, en s'ombiliquant dans leur partie centrale, l'aspect de boutons de vaccine et se multiplient par auto-inoculation (Hallopeau). Le siège de prédilection de ces manifestations est habituellement le pourtour des organes génitaux et de l'anus; elles se développent aussi sur le rebord des plis fessiers, dans les régions inguino-crurales, à la vulve et particulièrement à la commissure des grandes lèvres, sur le prépuce, la face postérieure des cuisses près des fesses. C'est une affection auto-inoculable dont l'origine vaccinale a été soupçonnée sans être démontrée. Elle ne s'accompagne jamais de manifestations générales graves et évolue, dans la grande majorité des cas, sans fièvre.

La pustulose de Kaposi est différente. — En 1887, Kaposi décrit, en effet, une « complication très alarmante de l'eczéma infantile » caractérisée par l'apparition de nombreuses vésicules de la grosseur d'une lentille se développant isolément ou en grappes pour devenir ombiliquées, s'accompagnant d'œdèmes, évoluant avec de la fièvre.

En 1898, Fritz Juliusberg publie une observation qui ressemble à cette description et pense pouvoir la différencier de la varicelle et de la variole. Il conclue à son origine staphylococcique.

Depuis, de nombreux auteurs ont observé des cas semblables avec les interprétations variables; citons, à l'étranger, les noms de Venturi, Lynch, Mach Lachlan et Gillepsie, Graves et Dowman, Albrigo, Kind, Hoffken, Kissmeyer et Buhl, Corson et Ludy, Ellis, Tedder, Ronchèse, Seidenberg et Esser. En France, Milian et Fernet, Touraine, Amsler, Lortat-Jacob et Ristelhueber Hallez, M^me^ Balter, dans sa thèse récente, ont contribué à cette question soit en publiant des observations personnelles, soit en faisant des revues générales très documentées.

Etude clinique.

Tous les cas publiés présentent, à peu de chose près, les mêmes caractères.

L'affection se développe habituellement chez des nourrissons de moins d'un an (37 cas). Elle est plus rare chez les enfants de 1 à 9 ans; exceptionnelle chez les adultes de 18 à 50 ans. Quant aux vieillards, il ne fournissent que deux exemples : un homme de 62 ans (Streitman) et une femme de 72 ans parmi les 5 observations de King.

Presque toujours, la pustulose de Kaposi semble compliquer un eczéma préalable (37/46), généralement chronique, soumis à des poussées subaiguës suintantes. Plus rarement, le début se fait sur une peau saine (6/46). Exceptionnellement, la maladie s'est greffée sur un impétigo de la face ou encore une plaie du

pied (Bendre), un sycosis simple (Streitman), un pemphigus (Wiedmann).

L'éruption siège habituellement à la face : le front, les joues, les régions périorbitaires, les tempes, les oreilles, les lèvres, le menton présentent le maximum de lésions. L'œil n'a été atteint que rarement, mais sévèrement, au cours d'évolution grave, mortelle (Touraine). Par extension progressive, les régions voisines peuvent être intéressées. Rarement on signale une localisation muqueuse : langue (Freud), anus (Juliusberg).

La nature contagieuse de l'affection ne fait aucun doute. Mac Lachlan et Gillepsie ont signalé une épidémie de 16 cas en 1935 (8 garçons et 8 filles). Les quatre premiers malades, qui avaient été en contact plus ou moins direct avec le premier enfant, furent atteints 8 jours après, et les autres entre 10 et 18 jours.

La période d'incubation semble donc assez courte.

La maladie débute brusquement chez les enfants qui, à part l'eczéma qu'ils présentent depuis quelques mois, paraissent en bonne santé. En quelques heures, la fièvre s'élève à 39°, et il apparaît un œdème localisé, mais extensif, des régions qui vont être le siège de l'éruption. L'extension rapide de l'œdème est un des caractères les plus frappants de cette affection.

Peu après le début de l'œdème, l'éruption pustuleuse apparaît, qui ne ressemble à aucune autre dermatose, sinon à la vaccine ou à la variole. Ce sont de grosses pustules tendant à s'ombiliquer dès le début et qui ressemblent aux pustules de vaccine.

Pendant la première phase de la maladie, ces pustules, assez profondes, restent discrètes et n'ont pas tendance à s'ouvrir. Autour de quelques points, les lésions tendent à se réunir, formant de vastes placards pustuleux. En s'ouvrant, elles laissent des nappes rouges suintantes. Ces lésions évoluent de préférence sur les zones préalablement occupées par l'œdème et sur les régions déjà occupées par la dermatose antérieure. Dans quelques cas rares, les pustules ont pu se propager à des zones de peau apparemment saine. La généralisation est possible.

Cette éruption est en général accompagnée d'une réaction douloureuse des ganglions qui peuvent même s'abcéder (Dantziger).

Dans tous les cas, on note une forte fièvre (39°, 40°) variant cependant en intensité et en durée. Elle persiste habituellement pendant cinq à sept jours. Particulièrement intense au début, elle baisse en même temps que diminue l'éruption. Il n'est pas rare de constater des troubles intestinaux. Mac Lachlan et Gillepsie ont signalé, au début de l'affection, une marbrure généralisée des poumons qui disparut complètement quand commença la convalescence.

Les manifestations cutanées peuvent se compliquer d'ulcérations plus ou moins profondes, de phénomènes gangréneux graves, et Kissmeyer et Buhl ont noté une « surinfection par le bacille de Lœffler » (?).

Quand l'affection est bénigne, les lésions se dessèchent en huit à dix jours, formant des croûtes qui tombent habituellement au bout de deux semaines, laissant des surfaces pigmentées et des cicatrices profondes. Touraine signale que la maladie peut évoluer en plusieurs poussées distinctes de trois à dix jours d'intervalle; la guérison s'en trouve retardée et ne survient alors qu'après dix-sept jours (Touraine), quarante jours (Schuber).

Pronostic.

Il doit être réservé. Indépendamment des complications qu'il est classique de considérer comme des surinfections locales (gangrène, diphtérie), l'affection est souvent grave, parfois mortelle (5 décès sur 15 malades, Mac Lachlan et Gillepsie). Sur 44 observations relevées par Touraine, 9 se sont terminées par la mort. Le pronostic est d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune. Le décès est le fait des formes étendues ou confluentes et survient du quatrième au dixième jour avec un tableau de toxémie intense, de collapsus cardiaque, hypothermie ou convulsions (Kaposi), encéphalite (Freud), diphtérie secondaire (?) (Kissmeyer et Buhl).

Pathogénie.

Trois théories se disputent l'origine de cette curieuse affection :

1° *Théorie microbienne.* — Pour Juliusberg, Baar, elle est vraisemblablement due au staphylocoque pyogène. Freud pense plutôt que c'est un virus qui est responsable de l'affection, soit virus seul, soit association de virus et de staphylocoque.

Mac Lachlan et Gillepsie attachent une grande importance au streptocoque non hémolytique et l'existence de ce microbe dans les profondeurs de la coupe d'une lésion au niveau du chorion, ainsi que l'aspect de l'éruption, leur permettent de comparer la pustulose de Kaposi aux autres streptococcies: érysipèle, impétigo bulleux.

2° *Théorie vaccinale.* — Admise en France (Touraine, Hallez), elle est soutenue à l'étranger par de nombreux auteurs (Ellis, Tedder, Ronchèse). Tous pensent que l'eczéma vaccinatum est d'origine vaccinale et succède à l'inoculation sur un eczéma du virus vaccinal. Mais y a-t-il synonymie entre vaccine accidentelle, eczéma vaccinatum et pustulose varicelliforme ? Oui, concluent ces auteurs en se basant sur l'identité des signes cliniques et évolutifs des trois affections. Le test de Paul (inoculation à la cornée du lapin), positif dans la vaccine de primo-inoculation et dans les éruptions post-vaccinales, a été suivi de kératite dans 10 cas sur 14. En outre, par l'étude de la vaccination chez des sujets atteints de pustulose, Touraine a relevé que dans 10 cas sur 14, l'enfant n'avait pas été vacciné en raison même de son eczéma initial.

Tout cela tendrait donc à prouver l'origine vaccinale de la pustulose de Kaposi.

3° *Théorie herpétique.* — En 1941, Seidenberg, par l'inoculation du contenu des pustules aux cornées de cinq lapins, a provoqué chez tous une kérato-conjonctivite grave. Les cornées guéries, il leur fut réinjecté le contenu des lésions herpétiformes

provenant d'un herpès labial. Il n'y eut pas de lésions, alors que le même produit injecté à des lapins non préparés provoqua une kérato-conjonctivite importante. Barton et Brunsting (1943-1944), Lynch (1944), Wenner (1944) reprirent cette théorie, et la conclusion générale qui se dégage de leurs travaux est que la « pustulosis vacciniformis de Kaposi » est de nature herpétique.

Examens de laboratoire.

Trois théories cherchent donc à déterminer la nature de la pustulose de Kaposi; elles peuvent être différentes et exactes pour les cas observés; sont-elles capables d'expliquer tous les cas de pustulose ? La pustulose de Kaposi est-elle une entité vraie ou seulement un syndrome éruptif aux causes multiples ? Les examens de laboratoire ont donné aux divers auteurs qui se sont occupés de cette question des résultats peu concordants.

Pour Freud et Seidenberg, le liquide des pustules est stérile au début. Juliusberg, Brown, Mach Lachlan y ont décelé du staphylocoque doré pyogène. Hoffken et Touraine ont trouvé du streptocoque et du staphylocoque. Rasch, Mac Lachlan et Gillepsie ont insisté sur la présence d'un streptocoque non hémolytique. On n'a, d'autre part, jamais découvert de corpuscules de Guarnieri ou de Paschen (Touraine). Mais les observateurs ne semblent pas avoir prêté attention au fait que, quelquefois, le liquide des pustules contenait des bacilles de Klœbs-Lœffler; et quand ce bacille a été décelé et signalé, il a été considéré comme un microbe d'infection secondaire.

Mac Lachlan et Gillepsie, à l'Hôpital de Glasgow, en 1935, ont isolé, à côté du streptocoque, du bacille proteus, du pyocyanique et du bacille diphtérique; ils ont signalé que l'affection avait évolué comme une véritable épidémie et que des infirmières qui s'occupaient des petits malades avaient présenté des angines. Kissmeyer et Buhl ont également mis en évidence une association de staphylocoque et de bacille diphtérique chez leur petit malade.

C'est précisément cette dernière observation que nous voudrions rapporter en totalité ici pour la comparer aux observations que nous avons étudiées ces dernières années à l'Hôpital des Enfants.

Observation II de Kissmeyer et Buhl.

(« Pustulosis vacciniformis Kaposi », *Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie*, n° 3, mars 1935, p. 134.)

Brigitte O..., fillette de 2 ans, souffre depuis quelques mois d'un eczéma infantile typique de la face. Elle entre dans notre Service le 1er juin 1936, montrant une éruption de petites vésicules vacciniformes pas plus grandes qu'une tête d'épingle à la partie supérieure du corps. La température est élevée, environ 40°, mais l'état général est bon. Pendant les jours suivants, les pustules vacciniformes se répandent sur le front, les joues, le menton et sur la face dorsale des mains. Mais, depuis le 6 juin, l'éruption change son caractère; on voit encore des vésicules et pustules, mais les lésions forment maintenant des érosions plus étendues, d'une limite « géographique » montrant un chorion découvert; les bords sont très nets.

Les lésions embrassent presque toute la face, les parties supérieures du corps et le dos des mains. Elles deviennent de plus en plus profondes, nécrotiques, aux bords nets, d'un rouge vif. A partir du 19 juin, l'aspect des lésions devient de plus en plus effroyable : des ulcères profonds nécrotiques ou couverts de pseudo-membranes jaunes envahissent toute la peau des parties nommées, puis les paupières; les cornées sont complètement détruites; une grande plaie se forme à l'occiput où l'os est dénudé.

Complètement aveugle, d'un aspect épouvantable, l'enfant mange toujours assez bien; la température devient normale et elle reste ainsi jusqu'au 27 juillet, quand la malade meurt subitement. La nécropsie ne montre que de très faibles altérations des organes par infection chronique... Dans les lésions primitives nous avons trouvé des staphylocoques jaunes; mais, plus tard, les bords nettement rouges ont fait penser à une diphtérie, et l'ensemencement en milieu de culture a donné une poussée de vrais bacilles diphtériques.

C'est par cette observation que nous voulons terminer l'étude succincte de la pustulose varicelliforme de Kaposi-Juliusberg et permettre la comparaison avec les cas que, depuis 1948, nous avons groupés dans le Service de Dermatologie de l'Hôpital des Enfants et les Services voisins, correspondant à une variété pustulo-croûteuse, varicelliforme de la diphtérie cutanée.

II

LA FORME VÉSICULO-PUSTULEUSE DE LA DIPHTÉRIE CUTANÉE
DIPHTÉRIE CUTANÉE VARICELLIFORME

OBSERVATION I.

(Service de Dermatologie infantile, LE COULANT et MARCHAND, *in* thèse Mme CORNET.)

Il y a deux ans, pendant les grandes vacances, nous avions à examiner un jeune enfant de 2 ans environ, admis à l'Hôpital pour impétigo profus de la face. D'emblée ,nous avons été frappé par sa pâleur, l'œdème de son visage, la bouffissure des paupières et l'aspect particulier des croûtes qui recouvraient la partie inférieure du visage. Au lieu de croûtes mélicériques, nous constations la présence de volumineuses plaques noirâtres, rocheuses, très adhérentes. La pince qui essayait de les détacher provoquait un saignement en nappe difficile à tarir, et cette manœuvre était anormalement douloureuse. Les mêmes croûtes obstruaient les orifices narinaires; la religieuse attira notre attention sur un jetage qui motiva immédiatement un examen bactériologique et une culture. Il s'agissait bien d'une diphtérie nasale.

Le traitement sérothérapique guérit jetage et impétigo dans les deux jours qui suivirent.

Il ne s'agissait pas, dans ce cas, bien entendu, de diphtérie primitive, mais bien d'une diphtérie impétigineuse secondaire à une infection nasale par la bacille de Lœffler.

Le souvenir de cette observation nous permit, ces jours derniers, de rapporter à sa véritable cause l'impétigo intense que présentait le petit malade de notre deuxième observation.

OBSERVATION II.

(Service de Dermatologie infantile, LE COULANT et MARCHAND, *in* thèse Mme CORNET.)

Alain Z..., âgé de 14 mois, entre le 1er octobre 1947 dans le Service de Dermatologie infantile à la demande de son médecin, le Docteur Bourdier, de Preignac, pour impétigo fébrile grave.

Voici l'histoire que raconte notre confrère :

L'enfant serait tombé le 10 septembre sur le soulier de son père et présente à cette date une blessure au menton. C'est une simple écorchure de 1 centimètre carré, très superficielle, mais qui ne cicatrise pas. Une quinzaine de jours après l'accident, il constate que la plaie s'étend en surface et s'accompagne de fièvre : 39° 8. Sur la plaie apparaît alors une vésicule dont le contenu est clair. L'extension de la lésion se fait rapidement dans les heures qui suivent, par les bords, comme évoluerait une pyodermite phlycténulaire à extension centrifuge, mais les bords sont enchâssés dans un œdème rouge.

Une autre bulle apparaît ensuite sur la joue gauche et, en 48 heures, rejoint les lésions du menton, cependant que l'autre joue est atteinte des mêmes lésions. Des lavages biquotidiens à l'eau de Dalibour n'empêchent nullement les pyodermites de s'étendre et d'envahir la face entière.

A son entrée, le 1er octobre, on note : sur les deux joues, le menton, la lèvre inférieure, l'arcade sourcilière gauche, des croûtes noirâtres, épaisses, dures, rocheuses, dont les bords sont soulevés par une sérosité sanguinolente. Sous les croûtes qui sont difficiles à détacher et dont l'avulsion provoque des cris et des mouvements de défense, apparaissent des érosions qui saignent abondamment, en nappe.

Le visage et le cou sont œdématiés; l'enfant est polypnéique, angoissé et présente l'aspect d'un intoxiqué. L'examen du nez et de la gorge ne révèle rien d'anormal. Pas de lésion pulmonaire ou cardiaque non plus. La température oscille entre 39° 8 et 40°.

Traitement comportant des lavages trois fois par jour avec la valeur d'un verre d'eau bouillie chaude additionnée d'une cuillerée à soupe de la solution :

Sulfate de zinc	15 gr.
Sulfate de cuivre	15 gr.
Eau distillée	300 gr.

et 200.000 U.O. de pénicilline aqueuse, à raison de 20.000 U.O. toutes les trois heures. Aucune amélioration ne suit cette thérapeutique. La fièvre n'est pas modifiée; les lésions saignent abondamment en nappes, dès qu'on enlève une croûte. La dyspnée est aussi intense; les signes de toxémie s'accentuent.

C'est alors que, nous rappelant la première observation, nous faisons pratiquer un ensemencement de la sérosité de l'arcade sourcilière et des joues, des lèvres et du pourtour des lèvres. L'ensemencement fait le 3 octobre 1947 donne du staphylocoque pour l'arcade sourcilière et la joue, du bacille diphtérique moyen pour les lèvres et le menton (plaies d'inoculation).

L'enfant est transéaté dans le Service de Diphtérie (Professeur Fontan) et reçoit aussitôt 60.000 U.O. de sérum antidiphtérique.

Localement, il n'est fait désormais que des applications de vaseline pure; les lésions se détergent dès le deuxième jour, et le huitième jour la cicatrisation de cet immense placard croûteux est complète, pendant que la fièvre tombe progressivement.

Le 10 octobre 1947, on trouve encore du bacille diphtérique moyen sur une érosion de la lèvre inférieure.

L'histoire ne s'arrête pas là, car ce petit malade a trois frères âgés respectivement de 17 ans, 9 ans et 4 ans. Les parents nous les ont présentés à la consultation externe, et nous avons pu constater :

a) Que le frère de 17 ans présentait une lésion vésiculeuse du pli inguinal et du genou de la dimension d'une pièce de 2 francs, du type pyodermite phlycténulaire à extension centrifuge. Cette lésion serait apparue quinze jours après celle de ses frères. Pas de fièvre;

b) Le frère de 9 ans a présenté, en même temps que le plus jeune, au niveau de la bouche, de la main gauche et du genou des plaques impétigineuses saignotantes, accompagnées de fièvre (39° 9) pendant 15 jours, alors que 30.000 U.O. de sérum antidiphtérique ont fait disparaître fièvre et croûtes en deux jours;

c) Le frère de 4 ans présentait une lésion bulleuse du menton évoluant sans fièvre et qui guérit sans traitement;

d) La mère présentait également de l'impétigo narinaire classique.

Chez tous ces malades, les ensemencements n'ont donné que des pyocoques banaux (staphylocoques, pyocyaniques); on n'a pas vu de bacille diphtérique.

OBSERVATION III.

(Service de Dermatologie infantile, Docteurs LEURET et SOURREIL.)

Marie-Georges L..., 9 mois, est atteinte, depuis l'âge de 3 mois, d'eczéma infantile vrai, papulo-vésiculeux et suintant, assez bien limité aux joues, aux mains, aux avant-bras et aux mollets. Cet eczéma a évolué d'une façon banale par poussées entrecoupées de rémissions presque totales, sans jamais dépasser les territoires susmentionnés. Bon état général. Grosse enfant, nourrie au sein, constipée au moment des poussées éruptives. Traitement local : lavages et pommades; pas de traitement interne.

Le mercredi 6 octobre 1948, l'eczéma est très peu accentué, l'état de santé excellent. Le 7 au matin, l'enfant est fatiguée; la température s'élève à 40°, tandis que les lésions d'eczéma au niveau des joues, en placards, paraissent congestionnées, violacées, et laissent sourdre des gouttes de sang. En 48 heures se constitue le tableau suivant :

L'eczéma intéresse les joues, le menton, le front, les paupières, le dos des mains et de certains doigts. Il s'agit presque partout de placards croûteux, noirâtres, formés à peu près uniquement de sang coagulé, sans présence de pus, ni de fausses membranes nettes. Toutefois, par endroits et notamment sur la joue droite, le coagulum prend une teinte grisâtre, vernissée. La bordure des lésions est nette, taillée à l'emporte-pièce et donne l'impression d'une vermoulure profonde, continue, entaillant nettement l'épiderme à fond rouge, ne suppurant pas. On est surtout frappé par le caractère nettement hémorragique de ces placards bien limités, à contours géographiques. Le sang suinte au moindre contact, aux efforts que fait l'enfant pour pleurer ou en remuant sur son oreiller. Elle pleure davantage si on tente de soulever une croûte.

Les placards du visage sont reliés à l'orifice narinaire droit par une traînée croûteuse et continue.

En dehors et au voisinage de ces lésions, on trouve sur peau saine des vésicules hémorragiques sur le front, les doigts, les avant-bras.

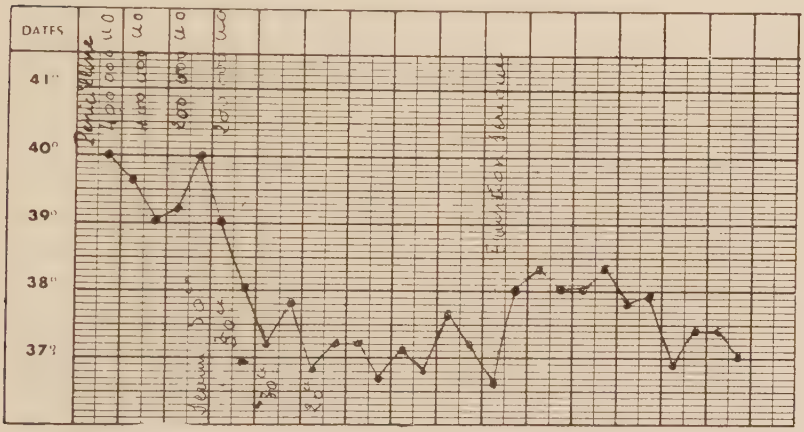
Fait remarquable enfin : ce caractère croûteux et hémorragique n'est apparu que sur les territoires sus-indiqués, tandis qu'au niveau des mollets et des membres inférieurs, le caractère habituel de l'eczéma a persisté avec suintement séreux et croûtes claires.

Dès l'apparition de ces symptômes, le médecin traitant soumet la petite malade à un traitement pénicillinè intense et localement à

des pansements antiseptiques. Mais devant l'échec total de cette thérapeutique, la persistance de la température à 40°, l'état toxémique, il décide l'envoi à l'Hôpital le 12 octobre.

Après 24 heures d'observation, en présence des caractères si particuliers des lésions, des signes généraux auxquels s'ajoute un enrouement laryngé progressif, malgré un prélèvement négatif au niveau des muqueuses et des lésions cutanées, on pratique la sérothérapie antidiphtérique (50 cm³ le premier jour, 30 cm³ les deux jours suivants et 20 cm³ le quatrième jour).

On assiste alors à une chute verticale de la température et, en 48 heures, à l'asséchement et au décapage presque complet des lésions cutanées traitées elles-mêmes par des applications locales de sérum. L'état général s'améliore vite, et au quatrième jour de la sérothérapie la voix est redevenue claire.



Les accidents sériques ont débuté le 19 octobre, huit jours après le début de la sérothérapie, et ont évolué discrètement, indifférents à l'eczéma qui, de son côté, a repris une évolution normale. La malade sort guérie le 27 octobre.

Pendant les quinze jours d'hospitalisation, six ensemencements ont été pratiqués au niveau de la peau et des muqueuses et n'ont révélé que du staphylocoque.

La formule sanguine, le temps de saignement, le temps de coagulation étaient sensiblement normaux.

L'efficacité du traitement constitue la meilleure preuve de la nature diphtérique des lésions. Depuis, une enquête a révélé que, dans le voisinage, plusieurs cas de diphtérie pharyngée avaient éclaté.

OBSERVATION IV.

(Service de Dermatologie infantile, Professeur agrégé LE COULANT et Docteur SOURREIL, *in Annales Françaises de Dermatologie et Syphiligraphie.*)

V... (Pierre), 7 mois, non vacciné, nourri au sein jusqu'à l'âge de 2 mois, sans antécédents particuliers, sauf quelques poussées d'eczéma. C'est à l'occasion d'une de ces poussées que les lésions débutent le 21 février 1950, avec une température de 40°. Après l'échec de la pénicillinothérapie, devant l'état toxémique, l'apparition de diarrhée et de vomissements, le médecin traitant adresse l'enfant dans le Service.

Le 25 février, éruption sur peau saine, face, front, cuir chevelu et membres, surtout sur la face externe, de vésicules en grains de plomb, ombiliquées, nettement varicelliformes, fermes au toucher, remplies d'un liquide citrin. Ces vésicules confluent, ou tout au moins deviennent très denses sur le visage et le cuir chevelu, mais sont encore clairsemées sur les cuisses, les genoux et le tiers supérieur des jambes.

Adénopathie cervicale, mentionnière, de type inflammatoire. Température à 40°. L'enfant est fatigué, mais s'alimente bien. Les vomissements et la diarrhée ont cessé.

L'examen des divers appareils ne montre rien d'anormal.

Le 26 février 1950, le contenu des vésicules est devenu séro-hématique. Dans la journée, ces dernières sont de plus en plus confluentes, ne tardant pas à s'ouvrir, et il résulte sur les joues, les paupières, le front, un vaste placard ulcéro-croûteux et saignant où s'entremêlent des plages grisâtres recouvertes d'un enduit fibrinoïde et de croûtes noires et brunes, très épaisses, rocheuses, adhérentes. Le moindre frôlement des lésions paraît douloureux et détermine un saignement abondant. On ne note pas de suppuration sous les croûtes. Mais la surface sous-jacente est rouge; les bords semblent taillés à la gouge et l'ulcération saigne facilement.

Le cuir chevelu présente des lésions identiques; il est sillonné de vermoulures multiples à fond rouge. Les tissus sont œdématiés dans leur ensemble. Les paupières et les lèvres sont infiltrées. Sur le menton et la partie inférieure du visage, les vésicules se sont étendues et se rompent sans confluer. Elles laissent de petites lésions ulcéro-croûteuses, saignant facilement. Au niveau des membres inférieurs, les vésicules se sont agrandies excentriquement, mais ne confluent pas et rappellent, sur la face externe des cuisses, des pustules de vaccine. Les adénopathies cervicales

deviennent très importantes. L'état général est sérieusement touché. La température se maintient à 40°. On pratique des examens bactériologiques et des cultures à partir des lésions cutanées et des surfaces muqueuses.

Sans attendre le résultat, on fait 20.000 U. de sérum antidiphtérique associé à 200.000 U.O. de pénicilline. Le lendemain, la température tombe à 37° 2; l'œdème paraît se résorber et les lésions cutanées semblent sécher. L'état général s'améliore. Mais, le 1er mars, le suintement sanglant réapparaît au niveau du visage et du cuir chevelu. La température remonte; l'enfant est prostré, se plaint doucement.

On continue la sérothérapie et la pénicillinothérapie, associée aux tonicardiaques. Néanmoins, les ulcérations de la cuisse droite confluent et forment maintenant un petit placard escharotique. Malgré cette thérapeutique, les lésions vont s'aggravant et prennent un aspect noirâtre et gangréneux.

Le 3 mars, convulsions, apparition de râles sur les deux poumons; le cœur est mou et le pouls devient incomptable. Mort en collapsus le 4 mars.

Recherches bactériologiques : les cultures pratiquées le 25 février et les jours suivants ont décelé du bacille diphtérique moyen dans le nez, la gorge et sur les lésions des jambes et du visage.

OBSERVATION V.

(Service de Dermatologie infantile, Professeur agrégé Le Coulant et Docteur Sourreil, *in Annales Françaises de Dermatologie et Syphiligraphie.*)

Enfant âgé de 7 mois, né à terme, nourri au lait de vache, non vacciné. Eczéma papulo-vésiculeux de la face. Brusquement, le 21 mars 1950, élévation de la température aux environs de 40° et apparition de vésicules ombiliquées sur la face et les membres inférieurs où elles sont plus clairsemées. Le contenu de ces vésicules devient sanguinolent et, en 48 heures, la face et les membres sont le siège de lésions que nous constatons à l'entrée de l'enfant le 25 mars.

Sur le visage et le cuir chevelu œdématiés, on voit une vaste nappe formée par endroits d'un enduit grisâtre fissuré et humide; par ailleurs, croûtes noirâtres épaisses, faites de sang concrété. Elles sont très adhérentes, et l'enfant crie si on cherche à les

arracher. Toutes ces lésions saignent facilement. Sous les croûtes, le derme est à nu, creusé à la gouge, rouge, et saignotte, mais ne suppure pas. Au niveau des membres inférieurs, on note la présence de vésicules qui donnent rapidement naissance à des ulcérations disséminées, de dimension variable, centrées de petites eschares noirâtres, saignant facilement. Adénopathie cervicale et sous-mentale volumineuse, de type inflammatoire. Etat général médiocre. Température : 39° 8. L'enfant boit cependant, n'a pas de diarrhée, et l'examen ne décèle aucune manifestation muqueuse ou viscérale.

Ce tableau clinique nous rappelle tellement celui des observations précédentes que nous faisons pratiquer immédiatement une injection de 20.000 U. de sérum antidiphtérique, sans traitement local. Le soir de cette première injection, la température tombe à 38° 2, mais remonte à 39° le lendemain matin. Une nouvelle injection de 20.000 U. est effectuée; le soir même, la température est à 38°. Le lendemain et les jours suivants, elle reste aux environs de 37°. Le traitement sérothérapique est continué un jour encore.

Depuis la première injection de sérum, les croûtes tombent rapidement et les lésions cutanées sèchent. L'enfant reprend peu à peu son aspect normal, jusqu'aux accidents sériques qui surviennent huit jours après le début du traitement. Ils seront extrêmement fugaces et sans influence sur l'eczéma. L'enfant sort guéri le 6 avril avec seulement quelques lésions discrètes d'eczéma sec de la face.

L'examen bactériologique et la culture, malheureusement pratiqués un peu tardivement, n'ont pas permis de détecter le bacille de Lœffler; mais le diagnostic nous semble suffisamment net, appuyé par l'épreuve thérapeutique et l'enquête familiale qui a montré la présence d'un foyer de diphtérie dans le voisinage immédiat du petit malade.

OBSERVATION VI.

(Service du Professeur AUBERTIN.)

P... (Francis), 8 mois, vient de faire une broncho-pneumonie, il y a trois semaines. Il entre le 18 avril 1951 dans le Service du Professeur Aubertin (crèche) pour eczéma infecté de la face et du siège. Cet eczéma a débuté il y a deux mois environ, mais prend depuis 48 heures une allure inquiétante qui a motivé son hospitalisation.

Dès son entrée, il subit le traitement général par la pénicilline,

600.000 U. O.; A.C.T.H., 20 mgr. 5; K Trombyl et auréomycine; et un traitement local désinfectant.

L'aspect anormalement grave des manifestations cutanées motive une consultation dermatologique. C'est le Docteur Sourreil qui examine l'enfant le 23 avril 1951 et constate, sur le visage bouffi par l'œdème qui gagne insensiblement la partie supérieure du cou, des lésions ulcéro-croûteuses saignant facilement au toucher et spontanément. Les croûtes sont formées de sang coagulé en nappes rocheuses. Entre ces plaques, des surfaces ulcéreuses sont recouvertes d'un enduit grisâtre qui rappelle vaguement le fromage râpé. Autour des lésions qui occupent le front et les joues, les paupières et le pourtour des lèvres, il existe des vésicules à contenu séreux ou séro-purulent, hématiques parfois, nettement ombiliquées, de petites dimensions. On en voit également sur le cou où elles ont la surface d'une lentille. Ces vésicules se multiplient les jours suivants, au fur et à mesure que les anciennes s'ulcèrent; elles deviennent même confluentes par place. L'enfant dégage une odeur fétide. Otite bilatérale; la ponction ramène du pus à droite; à gauche, il ne s'agit que d'une otite externe; le tympan est rouge; pas de ponction. Adénopathie cervicale marquée.

L'aspect de ces manifestations est suffisamment évocateur pour permettre de poser le diagnostic de diphtérie cutanée, et la sérothérapie antidiphtérique est instituée d'emblée, en même temps que des recherches de laboratoire sont immédiatement effectuées.

Le 23 avril, premier ensemencement :

— Œil, bouche : négatif.

Le 24 avril, deuxième ensemencement :

— Gorge : streptocoque;
— Face : bacille cutis commune;
— Thorax : diphtérique moyen;
— Nez : diphtérique moyen.

Injection de 40.000 U. de sérum.

Le 25 avril, troisième ensemencement :

Bacille diphtérique moyen.

Le 26 avril, quatrième ensemencement :

Bacille diphtérique moyen.

L'enfant sort du Service le 2 mai; le visage est en partie nettoyé, sans qu'il ait été fait de traitement local. Il existe cependant quelques

croûtes noires à la base du nez et au niveau du menton. Par ailleurs, les vésicules ont disparu. L'eczéma reprend son allure classique, et l'enfant, qui depuis a été suivi à la consultation externe de dermatologie, est en excellent état.

OBSERVATION VII.

(Service du Professeur FONTAN, Crèche.)

M... (Raymond), 6 mois et demi, est originaire des Landes. Il est né à terme le 3 novembre 1950 et n'est pas vacciné. Son père, bûcheron, est bien portant; sa mère a eu deux grossesses antérieures, terminées normalement par la naissance d'un garçon âgé maintenant de 9 ans et d'une fille actuellement âgée de 6 ans.

Le petit malade présente de l'eczéma depuis l'âge de trois mois. Il a été hospitalisé le 16 mai 1951 parce que l'eczéma de la face a une allure hémorragique depuis une huitaine de jours, en même temps qu'apparaissaient de la fièvre et un état toxi-infectieux alarmant.

On est frappé, dès son entrée, par sa dyspnée, sa voix rauque, son aspect prostré. L'examen viscéral révèle des râles aux deux bases, sans signe de condensation. Le foie est augmenté de volume. Il a 0 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Mais les lésions cutanées attirent surtout l'attention. Le visage de l'enfant est recouvert de croûtes noirâtres, surtout localisées sur les joues, les paupières, le cuir chevelu. Elles sont épaisses, irrégulières, à contours géographiques, et par les failles sourd un suintement sanglant qui se transforme en saignement profus difficilement tari, dès qu'on le palpe pour l'examiner.

L'étude plus minutieuse des lésions montre que les régions sous-narinaires et péribuccales sont respectées, alors que, sur le reste du visage, il y a une intrication de larges plages croûteuses noirâtres sanglantes et de surfaces plus réduites, érodées, grisâtres, avec exulcérations serpigineuses à bords taillés à la gouge. Le tout repose sur un œdème blanchâtre très important, progressivement extensif. L'adénopathie cervicale est importante des deux côtés.

Au niveau du cuir chevelu, l'aspect est différent. C'est ici un agglomérat de lésions de type pustulo-croûteux d'aspect vacciniforme (voir photo), à centre déprimé, lisse ou recouvert de croûtes noirâtres, selon l'âge de la lésion. En bordure, sur la peau saine, par exemple sur la région mastoïdienne ou la nuque, on trouve

des éléments jeunes, lenticulaires, nettement varicelliformes, disséminés.

Sur le menton, à la périphérie des placards du visage, on trouve, en peau saine, sur un fond d'œdème blanc, quatre lésions vacciniformes, isolées ou agminées en placards.

La gravité de l'état général et l'aspect des lésions cutanées font penser à la diphtérie cutanée, et d'emblée on pratique une injection sous-cutanée de 50.000 U. de sérum de Roux, sans attendre les résultats des ensemencements qui sont pratiqués concomitamment. Les résultats reçus le lendemain mentionnent la présence de bacille diphtérique moyen au niveau du nez, de la gorge et sur la surface cutanée.

Deux autres ensemencements ultérieurs, dont le dernier en date du 27 mai, ont révélé du bacille diphtérique moyen sur ces mêmes régions.

Malgré la sérothérapie et un traitement général approprié (toniques, antibiotiques, perfusions, etc...), après une amélioration passagère, mais sans que l'état toxémique se soit sensiblement modifié, l'état de l'enfant s'aggrave progressivement à partir du 28 mai. L'allure de la toxémie s'accélère (aspect livide, état dyspnéique, rythme embryocardique, sclérème), et l'enfant meurt ce même jour.

Si les lésions cutanées sont devenues plus sèches et les pustules ont disparu sous l'influence de la sérothérapie, l'aspect croûteux hémorragique a persisté malgré cette thérapeutique. La température s'est maintenue entre 38° 2 - 38° 5 jusqu'au 21 mai; puis sont apparus des clochers à 41° et 41° 5 pendant deux jours; enfin, une période d'hypothermie a précédé la période terminale qui s'est signalée par une poussée à 41° 8, la veille du décès.

Si nous avons relaté ces 7 observations dans leur ordre chronologique, c'est pour indiquer les phases successives par lesquelles nous sommes passés pour découvrir la diphtérie varicelliforme. D'abord intéressés par l'aspect impétiginiforme, mais sanglant et noirâtre des croûtes qui couvrent le visage de l'enfant, nous avons, dans un deuxième temps, constaté et étudié l'élément primitif vésiculeux, grâce à une observation particulièrement nette, suivie depuis le début de l'éruption jusqu'à la transformation en croûtes sanglantes et adhérentes, douloureuses à l'exploration, qui carac-

térisaient nos premier cas. Cette progression nous a amené à concevoir l'ensemble éruptif sous un jour nouveau encore non décrit dans son ensemble.

Car cette forme de diphtérie cutanée n'est pas une forme nouvelle; on en retrouve les éléments épars dans les différentes publications où les auteurs ont signalé ici des croûtes noires, là des manifestations bulleuses ou vésiculeuses, sans qu'aucun d'eux n'ait songé à faire la synthèse de ces symptômes.

Labbé et *Demarque*, en 1901, parlent pourtant d'une éruption à bacille de Lœffler caractérisée par une éruption vésiculeuse, suppurée, jaunâtre. *Tieche*, en 1908, décrit des ulcérations diphtériques multiples après un pemphigus des nouveau-nés. *Slater*, la même année, signale une diphtérie qui dura trois ans, caractérisée par une éruption vésiculeuse sur la bouche, les joues, les sourcils, le dos et la poitrine. *Edwin-M. Place*, en 1910, signale des diphtéries cutanées compliquant des eczémas, *Dawson* des varicelles.

Joe Knowles et *Frescoln*, en 1914, attirent l'attention sur une éruption du tronc et des extrémités caractérisée par des bulles, de grosses phlyctènes et des pustules contenant du bacille diphtérique.

Elvine et *Schœnbaum* (*Arch. de Méd. infant.*, juin 1934) ont observé en quatre mois 25 cas de diphtérie cutanée, dont il nous faut citer une observation particulièrement intéressante :

Antoine S..., 3 ans, entre à l'Hôpital le 10 septembre 1934. Enfant pâle, épuisé, œdème des extrémités, par d'exanthème. Le 1er octobre, peau sans modification; apparition d'un coryza. Le 8 octobre, au cou, à la poitrine, sur le dos, exanthème typique de varicelle. Le 8 octobre, exulcération de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Les vésicules persistent. On ne trouve le bacille de Lœffler que dans les vésicules rompues et non dans celles qui sont intactes; ce qui montrerait la facilité avec laquelle l'infection se porte du foyer primaire sur d'autres régions cutanées.

Woringer et *Oudet* (1936), dans un article sur « la mort rapide dans l'eczéma du nourrisson », citent le cas suivant :

Monique D... est atteinte depuis trois mois d'un eczéma rouge, suintant, de la face et du cuir chevelu, avec œdème sous-jacent et adénopathie énorme, profonde, dure, occupant la région angulo-maxillaire. La mère termine une angine, et une sœur, âgée de 7 ans, souffre de rhino-pharyngite depuis la veille de l'admission de Monique à l'Hôpital. A l'examen approfondi des lésions, on remarque un enduit sale, mollasse, adhérent; il y a de nombreuses vésicules; il faut noter que l'enfant relève de varicelle. Un frottis décèle du bacille de Lœffler. L'état général décline rapidement et l'enfant entre en collapsus et meurt.

Sur 10 cas de diphtérie, *Dawson* (*British Medical Journal*, 1910) signale 9 cas sans fausse membrane dont l'aspect diffère des lésions diphtériques communément observées dans la diphtérie cutanée. Trois d'entre eux se caractérisent par une éruption de bulles et de vésicules qui suintent abondamment.

Joe observe une diphtérie greffée sur une varicelle. Les travaux de *Tréjat* (1937), la thèse de *Meunier* (1939) contiennent des observations de même type, très probablement mal interprétées. En voici deux, par exemple, extraites de la thèse de Meunier :

1° S... (Raymonde), 4 ans, entre pour rougeole, varicelle et complications pulmonaires le 26 février 1938. Etat général grave; température : 39° 5. L'examen décèle des vésicules de varicelle desséchées sur la face et le tronc, dont plusieurs, excoriées par le grattage, ont l'aspect nécrotique. On pratique un prélèvement nasal, pharyngé, qui montre du bacille de Lœffler à l'examen direct et à la culture. On pratique 70.000 U. de sérum; mais, le 1er mars, l'état général s'est aggravé, et l'enfant meurt le 3 mars.

2° G... (Marie-Claudine), 2 ans 1/2, entre pour varicelle le 23 février 1938. L'examen montre une varicelle déjà évoluée avec vésico-pustules desséchées. Dans le dos, deux éléments vraisemblablement écorchés se sont étendus et forment de petites plaques d'aspect escharotique, suintantes et saignant très facilement. Etat général bon. Apyrexie. Un prélèvement, effectué au niveau du nez, à la gorge et au niveau des lésions cutanées, décèle du bacille de Lœffler, et on injecte 40.000 U. de sérum en deux jours. En quelques jours, les lésions se dessèchent. Le 13, l'enfant est guérie. A noter que les frère et sœur aînés, entrés dans le Service en même temps, étaient porteurs de germes. Cette observation nous semble superposable à celle de Elwine et Schœnbaum.

Cette succession de faits, interprétés par les auteurs comme des varicelles surinfectées par le bacille de Lœffler, aurait dû, selon nous, être considérée comme des manifestations de diphtérie vésiculeuse varicelliforme. L'étude de nos observations semble prouver la réalité de l'existence de ces formes vésiculo-pustuleuses varicelliformes de la diphtérie cutanée.

Grâce à cet ensemble de faits personnels et des observations que nous avons pu grouper ici, il est donc possible de tracer maintenant un tableau clinique de cette variété particulière de diphtérie cutanée.

ÉTUDE CLINIQUE

La diphtérie cutanée peut débuter de deux façons :

1° Dans la plupart des cas, les lésions naissent chez un nourrisson atteint d'eczéma. Alors que ce dernier évolue normalement, apparaissent brusquement des signes nouveaux.

La température s'élève brusquement à 39°-40°. L'enfant se présente avec un œdème blafard du visage et du cou, des paupières. Les lésions d'eczéma banal se couvrent alors de placards vésiculeux, varicelliformes, ombiliqués, qui prennent l'aspect de placards herpétiques. Quelques heures après, ces lésions donnent naissance à des placards croûteux noirâtres, épais, durs, rocheux, dont les bords sont soulevés par une sérosité sanguinolente. Elles sont faites de coagulum sanguin et ne sont pas purulentes. Les placards sont bien limités, avec une bordure taillée à l'emporte-pièce donnant l'impression d'une vermoulure profonde entamant profondément le derme. Les croûtes adhèrent et leur avulsion douloureuse provoque des cris et des mouvements de défense. Le sang suinte au moindre traumatisme. Sur certaines lésions ulcérées, il existe néanmoins un enduit pseudo-membraneux;

2° Il est moins fréquent de voir apparaître sur peau saine (obs. IV) une éruption vésiculo-pustuleuse varicelliforme. Ce mode de début, que seuls Leitz et Lande avaient soutenu pour la diphtérie cutanée en général, se traduit par un œdème sur lequel naissent des vésicules ombiliquées de taille variable, disséminées sur les téguments de la face et des membres ou groupés en plages de 6 à 8 éléments vacciniformes de consistance ferme.

En quelques heures, ces lésions deviennent noirâtres. Une croûte rocheuse sanglante, adhérente, les recouvre et forme, dès lors,

des placards croûteux en tous points semblables à ceux de la forme précédente.

Dans les deux cas, on constate une altération de l'état général. Les petits malades sont pâles, angoissés, polypnéiques et présentent des signes de toxémie.

Les adénopathies cervicales et sous-mentales sont fréquentes, et on est parfois surpris de l'odeur fétide qu'exhalent ces petits malades.

Evolution.

Dans les cas graves, l'évolution est rapide. En quelques jours, les vésicules font place aux lésions pseudo-impétigineuses. A distance de ces placards se disséminent des pustulettes ombiliquées qui peuvent envahir le thorax et les membres.

L'état général s'aggrave rapidement, comme dans toute diphtérie maligne, et la température augmente, poussant des clochers à 39° 5 - 40°. Les signes généraux s'accentuent, et s'il n'est pas fait de diagnostic précoce et de traitement rapide, l'enfant meurt dans le collapsus avec hypothermie et toxémie, parfois hyperthermie terminale.

Les complications inhérentes à toute diphtérie maligne peuvent survenir. Mais tout cède en cinq jours si le traitement est institué précocement et de façon massive.

Diagnostic.

Il sera établi par :

— L'œdème prémonitoire, limité au début, puis rapidement extensif, blafard, recouvert par une explosion brutale de vésicules d'aspect varicelliforme ou vacciniforme. Groupés en placards plus ou moins vastes, ces éléments éruptifs, gros comme des grains de plomb au début, puis étalés ensuite et nettement ombiliqués, donnent au toucher une sensation de résistance et de fermeté. Leur succèdent enfin des nappes croûteuses noirâtres,

rocheuses, hématiques, saignant facilement, sans suppuration sous-jacente;

— Des adénopathies inflammatoires;

— Des signes généraux toujours sérieux qu'accompagne un état de toxémie bien particulière à toute diphtérie maligne;

— Quelquefois, notion d'épidémicité;

— La recherche du bacille à la surface des lésions cutanées dans le liquide des vésicules et au niveau des cavités naturelles; sa culture;

— L'épreuve du traitement véritablement spectaculaire.

Ce tableau clinique n'est pas toujours observé dans sa totalité; mais il est nécessaire que le médecin soit averti de l'existence de cette variété éruptive dont la constatation déclenchera la recherche du bacille par le laboratoire.

Mise à part la pustulose de Kaposi, la diphtérie cutanée varicelliforme ne ressemble à rien d'autre. On ne peut la confondre :

— Avec l'eczéma qui peut la précéder, mais qui perd vite ses caractères bien classiques. L'eczéma ne présente jamais de croûtes noires adhérentes et douloureuses; son élément primitif, la papulo-vésicule, diffère complètement de la pustule ombiliquée de la diphtérie cutanée;

— Avec l'impétigo qui ne s'accompagne jamais d'œdème aussi marqué et surtout de toxémie;

— Avec la varicelle qui n'est pas si confluente, jamais si toxémique;

— Avec la vaccine, la notion de vaccination dans l'entourage, l'absence de toxémie si caractéristique dans toutes variétés de diphtérie maligne.

Etiologie. — Pathogénie. — Bactériologie.

La ligne de conduite que nous nous sommes tracés au début de ce travail nous dispense d'étudier en détail l'étiologie générale

de la diphtérie cutanée; question d'importance qui mérite une étude plus approfondie et doit faire l'objet d'un travail ultérieur.

Mais, à l'occasion de ce chapitre, nous voudrions cependant rappeler les modalités d'apparition de cette variété de diphtérie.

Nous noterons d'abord qu'aucun de nos petits malades n'a été contaminé dans un Service hospitalier; que tous provenaient de leur famille. Dans quelques cas, il existait dans leur entourage des foyers infectieux diphtériques. Dans l'ensemble, ces enfants étaient parfaitement tenus. Dans la plupart des cas, cette manifestation a succédé à un eczéma aigu suintant ou chronique à poussées récidivantes. Dans un cas, l'enfant était convalescent d'une broncho-pneumonie.

Dans le mode d'apparition de l'éruption, on peut distinguer deux variétés :

a) Un début : par une infection muqueuse, narinaire pharyngée avec autoinoculation ou infection par contiguïté (obs. I); à la suite d'une inoculation traumatique (chute sur un soulier, obs. II);

b) Dans d'autres cas, on ne trouve aucune lésion muqueuse préexistante au niveau des cavités naturelles, et pourtant l'enfant est porteur de germes, comme en témoignent les examens bactériologiques. Seule la peau a réagi au bacille par une éruption varicelliforme, puis croûteuse et sanglante. C'est probablement la dermatose préexistante qui, déterminant un état de moindre résistance du tégument, a permis cette infection et son extension. La déficience locale a donc seule permis cette curieuse dissociation des faits et tiendrait à une immunité tissulaire qu'on ne peut que constater au niveau des muqueuses indemnes. D'ailleurs, cette possibilité d'immunité locale, déjà citée par Stux et expérimentalement confirmée par Skrostsky (d'Odessa), est retrouvée chez quelques-uns de nos petits malades qui présentaient des plages eczématiques parfaitement indemnes de lésions diphtériques.

Comment expliquer aussi l'apparition en zones saines de vésico-pustules ombiliquées habitées par le bacille, manifestations si habituellement observées dans les pustules d'ordre sep-

ticémique, alors que la dissémination sanguine est niée par les classiques ? Il est difficile d'invoquer l'autoinoculation pour les lésions du dos, des membres inférieurs chez des enfants langés et qui ne peuvent atteindre ces régions par le grattage.

Stux rapporte un cas où, au cours d'une récidive de diphtérie cutanée, un enduit diphtérique couvre une surface cutanée derrière l'oreille, tandis qu'une région dénudée intertrigineuse, siégeant au niveau du cou et préalablement atteinte, reste indemne. On constate ici un phénomène de haute immunité localisée, acquise par la région déjà atteinte et en même temps une immunité insuffisante des régions voisines non affectées auparavant, jointe à une immunité humorale antitoxique trop faible.

On touche du doigt toute la complexité de tels problèmes, et il ne nous appartient pas de les étudier dans un travail de ce genre.

Nous ne saurions non plus entrer dans le domaine de l'étude bactériologique du bacille de Lœffler, mais voudrions cependant citer deux travaux qui nous ont semblé d'importance. *Santori* (*A. F. D. S.*, 1939) a étudié la fréquence avec laquelle le bacille diphtérique peut être démontré sur la peau humaine en le recherchant systématiquement chez de nombreux sujets d'âge et de sexe divers, sains ou atteints de dermatoses variées. Son but était de dépister l'existence de porteurs cutanés de bacille diphtérique, de reconnaître et d'étudier les caractères des formes éventuelles atypiques de la diphtérie cutanée, de contribuer à une meilleure connaissance de la flore cutanée dans les conditions normales et pathologiques.

L'étude portait sur 170 malades, et l'auteur constata :

— Dans les formes ulcéreuses, 2,22 % de bacilles typiques virulents et 6,66 % de souches morphologiquement typiques, mais sans virulence pour le cobaye;

— Dans les formes à type de dermite et d'eczéma, 2,17 % de bacille typique; 4,35 % de morphologiquement typiques, mais avirulents;

— Dans les pyodermites, 4,16 % de virulents, 2,68 % de formes avirulentes et 6,25 % de formes douteuses.

	Bacilles de Klebs-Lœffler	*Bacilles d'Hoffmann*	*Bacilles Cutis-Commune*
MORPHOLOGIE	*Bâtonnets :* Longs ..... (4 à 5) Moyens ..... (3 à 4) Courts ..... (2)	Courts.	Courts.
ASPECT	Allongés, grêles, une ou les deux extrémités plus renflées que la partie moyenne.	Trapus, aspect en navette, extrémités effilées.	Trapus.
GROUPEMENTS	En paquets d'aiguilles (les longs). En lettres (les moyens). En palissades (les courts).	En palissades régulières.	Irrégulièrement disséminés.
COLORATION ..... CORPUSCULES	Prend le Gram. Se décolore facilement. +	Garde fortement le Gram. —	Se décolore, tout au moins en partie. Souvent positif.
CULTURES :	*De 18 à 24 heures :*	*En 20 heures :*	
SÉRUM DE BŒUF.....	Colonies en taches de bougies, rondes, sèches, blanc grisâtre, en tête d'épingle.	Colonies un peu épaisses, jaunâtres, moins riches.	Colonies jaunâtres, plutôt plates et luisantes et riches.

	Bacilles de Klebs-Lœffler	*Bacilles d'Hoffmann*	*Bacilles Cutis-Commune*
Bouillon	Voile.	Trouble uniforme.	Voile, puis dépôt glaireux.
Gélose	Pousse mal. Donne des colonies arrondies, sèches, rugueuses.	Pousse facilement. Donne des colonies grumeleuses.	ousse facilement. Donne des colonies grumuleuses.
Gélose Veillon	Pousse sur toute la hauteur.	Pousse à la surface.	Pousse irrégulièrement, prédomine à la surface où il s'étale.
Pomme de terre glycérinée	Pousse mal.	Pousse mal.	Cultures rapides, couvrant le milieu d'une mousse brunâtre en 2 à 3 jours.
SUCRES :			
Glucose	+	—	+
Saccharose	Parfois positif.	—	+
Inoculation au cobaye.	Edème gélatiniforme. Viscères tuméfiés, surrénale hémorragique.	Négative. Parfois léger œdème du point d'inoculation, disparaissant en 48 heures.	—
Action hémotoxique ...	+	—	Si elle est positive, pas avant 5 jours.

Conclusions : 3,50 % des sujets sont porteurs de bacilles diphtériques sur les lésions présentées. Si, dans la majorité des cas, le bacille diphtérique existe antérieurement ou simultanément sur les muqueuses nasales ou pharyngées, dans d'autres cas il se rencontre cependant uniquement sur la peau.

L'auteur signale la présence très fréquente de bacilles pseudo-diphtériques en peau saine et en peau malade, et cette constatation a été faite même sur des ulcérations dont l'origine spécifique est bien déterminée (chancre mou par exemple). Il est nécessaire, conclut Santori, d'être très prudent avant d'admettre l'action pathogène de bacille pseudo-diphtérique, ainsi que certains auteurs l'ont envisagé.

Strazinski (*A. F. D. S.*, 1932) avait déjà considéré cette question et concluait à l'impossibilité de déterminer le rôle exact du bacille diphtérique dans les lésions cutanées. Il se demandait s'il était véritablement l'agent pathogène primitif ou s'il ne venait qu'infecter secondairement des lésions cutanées préexistantes. L'auteur pensait à une atteinte primitive diphtérique probable dans le cas de lésions aiguës et plutôt à une diphtérie secondaire dans les cas à évolution traînante.

Il faut se rappeler aussi qu'il existe des bacilles diphtéroïdes, qu'il est important de distinguer du vrai diphtérique avant d'affirmer le diagnostic de diphtérie cutanée. Le bacille d'Hoffmann, le bacille cutis commune de Ch. Nicolle sont, en effet, souvent observés dans des manifestations cutanées diverses.

Le tableau précédent, emprunté à la thèse de M^me^ Cornet, groupe les caractères essentiels du bacille de Lœffler et ceux des diphtéromorphes.

Il semble que les lésions cutanées diphtériques peuvent être déterminées par n'importe quelle variété : la forme longue, moyenne ou courte. Dans la plupart de nos observations, il s'agissait de bacille diphtérique moyen.

Le bacille diphtérique est rarement constaté à l'état pur dans les lésions de la peau; mais c'est une constatation qu'il est habituel de faire à l'égard de n'importe quelle manifestation cutanée : l'agent spécifique est très souvent accompagné; avec le diphté-

rique on trouve habituellement du streptocoque, du staphylocoque et du pyocyanique, et c'est probablement à cause de cette symbiose que le bacille de Lœffler n'a pas été retenu comme germe principal dans certaines observations de pustuloses de Kaposi dont l'allure rappelait à s'y méprendre les cas que nous avons considérés comme des diphtéries cutanées varicelliformes.

Meunier pense qu'à la manière d'autres agents microbiens, il peut y avoir des formes dermotropes de bacille diphtérique.

La présence de germes diphtéroïdes sur le revêtement cutané rend obligatoire la recherche de la virulence du bacille détecté, comme le conseillent actuellement Ramon et Debré. Inoculé au cobaye, le bacille de Lœffler tue l'animal en deux à quatre jours avec un œdème gélatiniforme riche en bacilles, des viscères tuméfiés, œdématiés, des surrénales volumineuses et hémorragiques. Le bacille d'Hoffmann et le cutis commune, par contre, sont sans effets. On ne saurait trop insister sur la nécessité de recherches de ce genre avant d'affirmer la nature diphtérique d'une lésion.

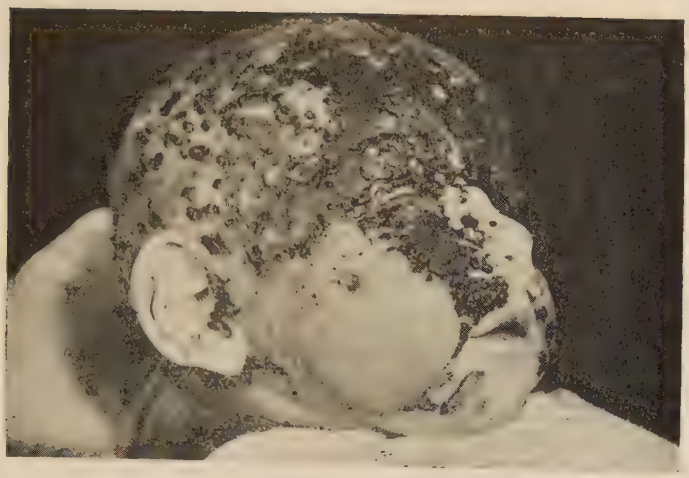
LES RAPPORTS ENTRE CES DEUX MALADIES

Clinique. — Les deux affections débutent à partir d'une dermatose préexistante, eczéma, plus rarement impétigo (6 cas sur 46 pour la pustulose). L'une et l'autre sont caractérisées par une éruption pustuleuse ombiliquée vacciniforme ou varicelliforme qui progresse rapidement sous forme d'éléments groupés en placards confluents et de pustules évoluant à distance de la lésion initiale en peau saine. Ces éléments varicelliformes donnent rapi-

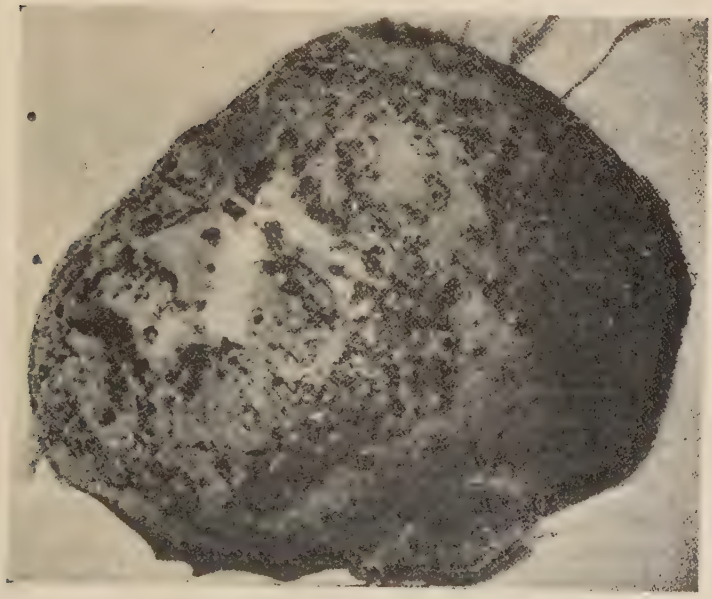
Diphtérie cutanée varicelliforme.
(Professeur FONTAN.)

dement naissance à des croûtes noirâtres, dures, rocheuses, sanglantes, d'ulcérations serpigineuses tapissées d'un enduit grisâtre adhérent, non purulent. Elles évoluent constamment, dans les deux affections, sur un fond d'œdème blafard d'abord limité, mais rapidement extensif.

Les ganglions des régions tributaires sont nettement inflammatoires.



I. — Diphtérie cutanée varicelliforme.
(Professeur FONTAN.)



II. — Pustulose varicelliforme.
(*In Encyclopédie médico-chirurgicale*, 12079 A.)

Dans les deux cas, c'est la face qui est la région de prédilection, puis, par ordre de fréquence décroissante, le cou, la nuque, la poitrine, les membres.

L'œil peut être atteint, et il y a quasi-identité entre les localisations oculaires de la pustulose de Kaposi et la blepharo-conjonctivite diphtérique. (Hulusi et Bekcet, *Bulletin S. F. D. S.*, février 1938, en rapportent trois observations.)

Les clichés précédents I et II, empruntés l'un au Service du Professeur Fontan, l'autre à l'article du Professeur Le Coulant, *in Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (12079 A), montrent l'analogie troublante entre les deux aspects cliniques.

Ce sont surtout les nourrissons de moins d'un an qui sont atteints.

Dans les deux affections, après une période d'incubation très courte, chez des enfants en bonne santé apparente (mise à part la dermite prémonitoire), on observe un début brutal avec une fièvre à 39° - 40°.

Dans tous les cas, l'état général est fortement altéré; l'enfant donne l'aspect d'un grand intoxiqué.

Evolution. — Les lésions peuvent traîner des semaines et même des mois. Si l'atteinte est sévère, l'enfant haletant, pâle, avec des extrémités froides et cyanosées, une dyspnée marquée, un pouls impalpable, des bruits cardiaques assourdis, entre en collapsus, fait une hypothermie terminale rapide.

Dans une étude sur la mort rapide des nourrissons dans l'eczéma, Woringer et Oudet considèrent à cet accident deux pathogénies :

— Toxi-infection à point de départ cutané (Hutinel);

— Choc anaphylactique sur un organisme préalablement sensibilisé (Pelm et Aulaguier).

Il est plus simple de comparer ces accidents terminaux à ceux habituellement observés dans n'importe quelle diphtérie maligne. La vaste surface cruentée de l'eczéma où pullulent les bacilles de Lœffler explique suffisamment la résorption considérable de toxine diphtérique.

Epidémicité. — Nos observations donnent suffisamment de preuves de la contagiosité de la diphtérie varicelliforme. Nous retrouvons cette notion dans les cas relatés *in* thèse Meunier, où l'auteur interprète les lésions varicelliformes de ses malades comme des manifestations de varicelle surinfectées par le bacille de Lœffler; c'est d'ailleurs cette interprétation qui prévaut au long des publications antérieures.

Dans la pustulose de Kaposi, la notion d'épidémicité est également clairement indiquée. Mac Lachlan et Gillepsie, au « Stobhill Hospital » de Glasgow, relatent une épidémie limitée à un pavillon de l'aile réservée aux enfants. Elle touche 8 garçons et 8 filles qui présentèrent des lésions caractéristiques de pustulose. Dans tous les cas, ces enfants avaient été atteints d'une affection cutanée telle qu'eczéma ou impétigo. Cinq d'entr'eux moururent. Pendant l'épidémie, trois infirmières eurent des « maux de gorge graves » et l'une d'elles présenta de grosses bulles ou pustules sur les bras.

Bactériologie. — On peut se demander pourquoi, dans les observations de pustuloses comme celles de Kissmeyer et Buhl, celles de Mac Lachlan et Gillepsie, les observateurs n'ont tenu aucun compte de la présence du bacille de Lœffler dans les lésions qu'ils observaient :

— Peut-être parce que ces lésions ne rappelaient pas les lésions décrites classiquement dans la diphtérie et qu'il y avait, par contre, une affection pustuleuse homologuée par Kaposi et Juluisberg à étiologie inconnue. Il était, dès lors, plus facile d'en confronter l'aspect clinique sans essayer d'en chercher la cause. Dans d'autres observations, c'est à la varicelle infectée secondairement par le bacille de Lœffler que les auteurs sont tentés de rapporter l'origine;

— Peut-être aussi parce que le bacille de Lœffler leur est apparu noyé au milieu des autres saprophytes de la peau et que cette présence leur parut une simple coïncidence. La répétition des examens aurait certainement permis de mettre l'accent sur cette découverte riche de conséquences thérapeutiques.

On trouve, en effet, dans la littérature, des faits suffisamment évocateurs qui incitent à répéter les recherches microscopiques.

Citons, pour mémoire, cette observation rapportée par *Marschalko :*

Il s'agit d'une fillette de 7 ans 1/2 qui, le 17 octobre 1911, présente un malaise général avec prostration, épistaxis, vomissements, température 37° 8, pouls 110. Le lendemain, écoulement purulent de la narine droite et écoulement vulvaire avec cystite. On pratique deux frottis de pus nasal et vulvaire; résultat : gonocoque.

Après une semaine de traitement par des lavages au permanganate à 1/4.000 et des instillations nasales d'huile goménolée, le syndrome persiste. Un « furoncle », qui existait sur l'avant-bras droit, a évolué et rappelle une pustule vaccinale.

La sécrétion nasale est ensemencée à nouveau sur sérum, ainsi que le pus vulvaire; résultat : bacille de Lœffler. Trois injections de sérum antidiphtérique à 48 heures d'intervalle amenèrent la guérison.

Certains même, devant un tableau clinique suffisamment évocateur, ne pensent point à la diphtérie et écartent l'utilité d'un examen bactériologique. *Corson* et *Ludy,* en 1935, dans l'*American Journal of Children's Diseases,* publient trois cas qui sont évocateurs :

Il s'agissait de trois enfants de 1 an, 18 mois, 9 ans, souffrant depuis assez longtemps d'un eczéma localisé principalement à la face et aux mains. Chez ces trois petits malades, la maladie débuta brusquement par une éruption de vésico-pustules sur les régions eczémateuses en même temps qu'apparaissait une rhinite purulente. Les auteurs signalent de l'adénopathie, un œdème sous-jacent aux lésions, une fièvre élevée. Corson et Ludy attirent l'attention sur la ressemblance de l'éruption avec le zona, la varicelle, la variole ou la vaccine, ce qui les incite à établir le diagnostic de pustulose de Kaposi. La culture ne fut pas pratiquée, disent les auteurs, *car « l'infection secondaire par rhinite aurait faussé les résultats »* (*sic*). C'est probablement cette seule culture

qui aurait pu, au contraire, déterminer la nature de l'infection seconde et permettre un traitement sérothérapique rapide.

Nous voulions terminer sur cette erreur de raisonnement, grosse de conséquences, et nous nous permettons de dire qu'en présence d'un tableau clinique évoquant celui de la pustulose varicelliforme aiguë de Kaposi-Juliusberg, il y a lieu de penser à la possibilité d'une infection diphtérique varicelliforme. Il paraît indiqué d'en vérifier la nature microbienne par des examens RÉPÉTÉS, de pratiquer des cultures sur milieux appropriés, de rechercher dans l'entourage du petit malade la possibilité d'une endémie diphtérique et même d'essayer le traitement par le sérum de Roux qui n'a jamais nui à l'eczéma sous-jacent et dont l'action spectaculaire guérit ces accidents en trois ou quatre jours, sans traitement local surajouté. Mais on ne peut demander à cette thérapeutique plus qu'elle ne peut donner, en particulier dans les cas où un diagnostic tardif a permis à la toxémie de prendre une allure irrémédiablement grave.

CONCLUSIONS

On peut actuellement isoler une forme clinique de diphtérie cutanée dont les caractères sont les suivants :

— Apparition, sur un eczéma préalable le plus souvent, et sur un fond d'œdème progressivement extensif, de vésiculo-pustules ombiliquées évoluant vers la formation de croûtes sanglantes, noirâtres, adhérentes, douloureuses à l'arrachage et laissant sous elles une surface cruentée saignant en nappe;

— Etat général souvent mauvais, d'emblée avec température à 39° - 40° et aspect toxémique grave;

— Présence de bacilles diphtériques dans le liquide des vésicules et, parfois, au niveau des muqueuses;

— Guérison par la sérothérapie diphtérique sans traitement local associé, à la condition que le diagnostic soit posé précocement. Au contraire, mort rapide fréquente, en collapsus, comme dans la diphtérie maligne, si le traitement n'est pas institué à temps.

Les caractères cliniques, évolutifs, épidémiques de cette affection peuvent être rapprochés du syndrome de Kaposi-Juliusberg (pustulose varicelliforme aiguë); on peut donc considérer qu'à côté des étiologies classiquement admises, l'origine diphtérique doit être envisagée.

Il est raisonnable, devant l'action nette et spectaculaire de la sérothérapie, d'avoir présente à la mémoire cette notion étiologique quand on est en présence d'une pustulose varicelliforme.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira lès secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
G. PORTMANN.

VU :
Bon à imprimer :
Le Président :
P. JOULIA.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 Juin 1951,
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

PUSTULOSE VARICELLIFORME DE KAPOSI.

BAAR. — « Présentation d'un cas de *pustulosis vacciniformis* », *Wien. Med. Wschr.*, 1931, p. 1157.

BALTER. — *La pustulose varioliforme existe-t-elle ?* thèse Paris, 1943.

BLATTNER (R.-J.), HEYS (F.-M.), HARRISON (M.-L.-K.). — « Etiologie de la pustulose varicelliforme de Kaposi », *Journal Péd.*, septembre 1945, 27, pp. 207-215.

BROWN (W.-H.). — « Eruption varicelliforme de Kaposi (complication d'eczéma infantile) », *Brit. Journal Derm.*, janvier 1934.

CORSON (E.-F.) et LUDY (J.-B.). — « Eruption varicelliforme de Kaposi; 3 cas », *Am. J. Dis. Child.*, 1935, 60, pp. 1476-1481.

ELLIES (F.-A.). — « L'eczéma dees vaccinés; ses relations avec la vaccine généralisée », *J. Am. Med. Ass.*, 25 mai 1935, 104, p. 1891.

ESSER (M.). — « Sur une petite épidémie de pustuloses varioliformes aiguës », *Annales Péd.*, 1941, 157, n° 3, pp. 156-162.

FREIND (H.). — « Sur l'étiologie de la pustulose vacciniforme aiguë de Kaposi-Juliusberg », *Derm. Wschr.*, 13 janvier 1934, 98, pp. 52-58.

GATÉ (J.), MICHEL (P.) et BOYERT (C.-E.). — « Vaccine étendue du visage et du cou chez un enfant atteint d'eczéma de la joue; décès, encéphalite probable », *Bull. Soc. Française Derm.*, janvier 1932, 39, p. 46.

GOYERT (K.). — « Pustulose vacciniforme aiguë », *Derm. Wschr.*, 29 avril 1939, 108, n° 17.

HALLEZ (C.-L.). — « Pustulose vacciniforme aiguë; ses rapports avec la vaccine », *Nourrisson,* juillet-août 1944, n° 4, pp. 80-83; *Gazette Méd. France,* mars 1945, 52; n°s 83-84.

HOFFKEN (K.). — « Contribution à l'étude de la pustulose vacciniforme aiguë », *Zbl. Haut u. Geschlechtsher,* juillet 1938, 59, n° 78.

JULIUSBERG (F.). — « Pustulose aiguë varioliforme », *Arch. Fr. Derm.*, 1898, 46, p. 21.

KAPOSI. — *Pathologie et traitement des maladies de peau,* Urban et Schwarzenberg, édit., Vienne, 1887.

KING (A.-D.). — « Eruption varicelliforme de Kaposi; 5 cas », *Arch. Derm.* juin 1939, 39, pp. 1035-1039.

KISSMEYER et BUHL (J.). — « *Pustulosis vacciniformis* Kaposi; 2 cas », *Rev. Française Derm. Vénér.*, mars 1935, 2, n° 3.

LE COULANT. — « Pustulose varicelliforme de Kaposi », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale,* 12.079 B.

MAC LACHLAN et GILLEPSIE. — « Eruption varicelliforme de Kaposi; 16 cas », *Brit. J. Derm.*, juillet 1936, 48, pp. 337-356.

TOURAINE. — « La pustulose varioliforme aiguë existe-t-elle ? », *Rev. Méd. Franç.*, octobre 1942, n° 10, p. 224.

DIPHTERIE CUTANEE.

AUBERTIN, TESSIER et BOULAT. — « Diphtérie cutanée avec coryza diphtérique et diphtérie oculaire, chez un nourrisson d'un mois et demi », *Journ. de Méd. de Bordeaux,* octobre 1945, p. 494.

BEHCET. — « Diphtérie cutanée à localisations rares », *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat.,* 13 février 1938, p. 341.

— « Ulcérations diphtériques multiples de la peau, à forme gangréneuse », *Ann. de Dermat. et de Syphil.,* 1932.

BIBERSTEIN. — « Haut difteria », *Klin. Wochenschrift,* n° 1, 1927, p. 1242.

BAGDANOFF. — « Sur les diphtéries cutanées », *Ann. de Dermat. et de Syphil.,* 1933, p. 902.

CHEVALLEY. — *Diphtérie du nouveau-né et du nourrisson,* thèse Paris, 1922.

DAWSON (G.-W.). — « Cutaneous diphteria », *Brit. Medic. Journ.,* 25 septembre 1919, p. 859.

DEMÉLENNE-JAMINON et LEGROS (J.). — « Etude comparative des différents procédés de diagnostic bactériologique de la diphtérie », *Presse Médic.,* 22 juillet 1944, p. 212.

ELVINE et SCHŒNBAUM. — « Sur les localisations rares de la diphtérie », *Arch. de Médec. des Enfants,* 37, pp. 337-344, juin 1934.

JOE (Al). — « A case of gangrenous chicken pox due to bacill. diphteric », *Brit. Journ. of Child. Diseases,* t. XXV/XXVII, 1928-1930, avril-juin 1928, p. 111.

KAY et LIVINGOOD. — « Complications myocardiques de la diphtérie cutanée », *Amer. Heart Journ. of St-Louis,* vol. XXXI, n° 6, juin 1946, p. 744, *in Sem. des Hôp. de Paris,* n° 39, 21 octobre 1946, p. 1386.

KNOWLES et FRESCOLN. — « Diphteria of the skin and unusel types », *J.A.M.A.,* 63, 398, 1er août 1914.

LABBÉ et DEMARQUE. — « L'impétigo et l'ecthyma à bacilles diphtériques », février 1904, pp. 49-60.

LE COULANT et MARCHAND. — « Diphtérie cutanée à forme impétigineuse », *Journ. de Médec. de Bordeaux,* août 1948, n° 8, p. 354.

MARFAN. — *Leçons cliniques sur la diphtérie.*

— « La diphtérie du nouveau-né et du nourrisson », *Revue Franç. de Pédiatrie,* n° 6, 1930.

MEUNIER. — *Dix observations de diphtérie cutanée,* thèse Paris, 1939.

MONTUS. — *Diagnostic bactériologique de la diphtérie du nourrisson,* thèse Montpellier, 1928.

SANTORI. — « Sur la présence de bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques sur la peau humaine, saine ou malade », *Giorn. Ital. di Dermat. et Syphil.,* vol. LXXX, fasc. 2 avril 1939, p. 307, *in Annal. de Dermat. et de Syphil.,* t. X, n° 9, 1939, p. 821.

— « Nouvelles observations et recherches sur la diphtérie cutanée », *Giorn. Ital. di Dermat.,* février 1938, t. LXXIX, pp. 75-97, 8 figures.

SCHWARTZ. — « Etude clinique, bactériologique et immunologique de la diphtérie cutanée », *Dermatologia,* XCII, 2, 1946, p. 57, *in Sema. des Opt.,* n° 13, 7 avril 1947, p. 868.

STUX. — « Contribution à l'étude de la diphtérie cutanée chez le nourrisson », *Le Nourrisson,* 1931, n° 4, pp. 228-246.

SLATER. — « A case of diphteria of the skin of three years duration, trated by antitoxina », *The Lancet,* t. I, 1908, p. 15.

STRAZINSYI. — « A propos de formes suppurées et eczémateuses de diphtérie cutanée », *Annal. de Dermat. et de Syphil.,* 1932.

TROUSSEAU. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu,* t. I, 1865, p. 372.

— *Archives générales de Médecine,* 1830, t. XXIII.

VERBIZIER (de). — « Sur les pyodermites à bacilles de Lœffler », *Annal. de Dermat.,* 1912, pp. 82-93.

WORINGER et OUDET. — « Mort rapide dans l'eczéma du nourrisson », *Revue Française de Pédiatrie,* t. XII, 1936.

IMPRIMERIE BIÈRE
18, rue du Peugue - BORDEAUX

N° 323 impr. - Dép. lég. 3e trim. 1951